

## 事故報告書（その他用）

下記のとおり事故状況を報告します。

令和 年 月 日

請求者（受取人）

氏名 \_\_\_\_\_

法定代理人

1 親権者

2 後見人 \_\_\_\_\_

親権者 \_\_\_\_\_

受傷者 氏名	<input type="checkbox"/> 請求者（受取人）と同じ	<input type="checkbox"/> 請求者（受取人）と異なる（ ）
事故発生日時	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 午前・午後 時 分
事故発生場所	_____	

### ○ 受傷時の状況（事故発生状況）について以下の①～④にご記入ください。

※ 事故内容が不明な場合は、再度ご記入をお願いすることがあります。

① 何をしているときに受傷しましたか

\_\_\_\_\_

② どのように受傷しましたか

【事故原因および事故状況】

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

【受傷部位】

※ 事故内容が「食物を詰まらせたことによる窒息」の場合は、以下の項目もご記入ください。

詰まらせた食物	_____
当日の食事内容	_____
食事の補助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 注意すれば一人で可能 <input type="checkbox"/> 常に介護者が必要
普段の食事内容	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他（ ）
過去同様のことありましたか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去に一度あった <input type="checkbox"/> 過去に二度以上あった

③ 目撃者はいますか

いいえ  はい ➡ 氏名： (受傷者とのご関係：  
)

④ 飲酒はしていましたか

□ いいえ	□ はい ➡	種類・量	_____
		飲酒時間	時頃から 時頃まで
		酔いの状態	<input type="checkbox"/> ほろ酔い <input type="checkbox"/> 千鳥足 <input type="checkbox"/> 一人で歩けない <input type="checkbox"/> 寝ていた